

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

470
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEANNE-SUZANNE SAINT-CÈNE

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Née le 28 juin 1902, à Sceaux (Seine)

DYSTROPHIES DU BOURGEON INCISIF
ET
SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

A. MARETHEUX ET L. PACTAT, IMPRIMEURS

1, RUE CASSETTE, 1

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552817_0010

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEANNE-SUZANNE SAINT-CÈNE

EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Née le 28 juin 1902, à Sceaux (Seine)

DYSTROPHIES DU BOURGEON INCISIF ET SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS

A. MARETHEUX ET L. PACTAT, IMPRIMEURS

1, RUE CASSETTE, 1

1933

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen. M. BALTHAZARD.

I. — Professeurs.

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale. . .		PROUST.
Physiologie		BINET.
Physique médicale.		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie.		DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		CLERC.
Pathologie chirurgicale.		MARION.
Anatomie pathologique.		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		LOEPEL.
Hygiène et médecine préventive.		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.		FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MAURICE VILLET.
Clinique médicale	}	CARNOT.
		BEZANÇON.
		ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance		MARCEL LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants		LEREBOUILLÉ.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.		GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses		GUILLAIN.
		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	}	LENORMANT.
		CUNEO.
		GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique.		GOSSET.
Clinique urologique		TERRIEN.
		LEGUEU.
Clinique d'accouchements.		COUVELAIRE.
		BRINDEAU.
Clinique gynécologique.		JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale	}	OMBR DANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.		RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale		LEMAITRE.
Clinique propédeutique.		PIERRE DUVAL.
Clinique de la tuberculose		SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		LÉON BERNARD.
		MATHIEU.
		HOVEACQUE.
Professeurs sans chaire.		MAUCLAIRE.
		MULON.
		VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BENARD (HENRI).	Pathologie médicale.
BROCQ.	Pathologie chirurgicale.
BRULE.	Pathologie médicale.
BUSQUET.	Pharmacologie.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHABROL.	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT.	Pathologie médicale.
ECALLE.	Obstétrique.
FEY.	Urologie.
GASTINEL.	Bactériologie.
GATELLIER.	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.	Histologie.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
HUTINEL.	Pathologie médicale.
JOANNON.	Hygiène.
LABBE (HENRI).	Chimie biologique.
LAROCHE (GUY).	Pathologie médicale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.	Pathologie médicale.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
OBERLING.	Anatomie pathologique.
OLIVIER.	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
QUENU.	Pathologie chirurgicale.
RICHET.	Physiologie.
SANNI.	Chimie biologique.
SEZARY.	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER.	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT (PASTEUR).	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VELTER.	Ophthalmologie.
VIGNES.	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. LEQUEUX.	Obstétrique.	RETTERER	Histologie.
LEROUX	Anat. pathol.	ZIMMERN	Physique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

Clinique médicale.

MM. ABRAMI.	M. DUVOIR.
CHIRAY.	

Clinique chirurgicale.

MM. BASSET.	MM. MOCQUOT.
CHEVASSU.	SCHWARTZ.
HEITZ-BOYER.	

Clinique obstétricale.

MM. LE LORIER.	MM. METZGER.
LEVY-SOLAL.	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopé dique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE BIEN-AIMÉ

LE DOCTEUR A. SAINT-CÈNE

A MA TANTE ET A MON ONCLE

MADAME ET MONSIEUR EVARISTE SAINT-CÈNE

A MES SŒURS ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MADAME ET MONSIEUR LE D^r JACQUEMIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

PROFESSEUR DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*En remerciement du très grand honneur
qu'il nous a fait, en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Qui fût notre meilleur maître en Dermatologie et Syphiligraphie.

Témoignage de respectueux attachement, et d'affectueuse reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RICHON

ASSISTANT DU SERVICE DU DOCTEUR RAVAUT

Qui nous a tant aidée de ses précieux conseils, et a bien voulu revoir ce travail.

Témoignage de vive gratitude et d'affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAHÉ

STOMATOLOGISTE DES HOPITAUX DE PARIS

Qui nous a aidée dans toute la partie stomatologique du travail.

Nous lui adressons nos vifs remerciements et l'expression de notre gratitude.

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL

MÉDECIN HONORAIRE DE L'HOPITAL TENON

A MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT

MÉDECIN DE L'HOPITAL HEROLD

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE

MÉDECIN DE L'HOPITAL COCHIN

*Qui nous ont toujours si amicalement
guidée dans nos études de médecine.*

*Témoignage de respectueuse reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

EXTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART.

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT.

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO.

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL.

MONSIEUR LE DOCTEUR RAVAUT (1930-1933).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON.

A MES MAITRES DE CONFERENCE

MONSIEUR LE DOCTEUR PERON.

MONSIEUR LE DOCTEUR WELTI.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERRAND.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOCAGE.

DYSTROPHIES DU BOURGEON INCISIF ET SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

INTRODUCTION

Pour être complète, l'étude clinique d'un malade, portant sur les enfants, comporte, à n'en pas douter, l'examen attentif de la dentition, qui peut nous donner de précieux renseignements sur les antécédents héréditaires du sujet, surtout en ce qui concerne l'hérédo-syphilis. Et cependant, bien que généralement admise, cette opinion ne laisse pas que d'être discutée par certains médecins non spécialisés auxquels les observations des syphiligraphes semblent excessives.

Il n'est pas rare d'entendre dire, ou de lire, que telles ou telles malformations dentaires, sous prétexte qu'elles sont très variées et fréquemment rencontrées, n'ont aucune valeur diagnostique.

Et cependant pourquoi n'en serait-il pas pour les dents (*qui font partie du squelette*) comme il en est pour les autres os (déformations craniennes, tibiales, nasales, etc.), comme il en est pour les yeux (kératite interstitielle), pour le système nerveux, la peau, etc.?

Le système dentaire ne paraît pas devoir faire exception, et l'on peut fort bien expliquer une malformation dentaire, par une cause morbide se faisant sentir au cours de la vie

intra-utérine, sur le bourgeon dentaire, ou l'os, dans lequel il est inscrit.

Cependant certaines malformations dentaires ont acquis droit de cité, et leur valeur n'est à peu près discutée par personne au point de vue hérédo-syphilis.

Telles sont :

La dent d'Hutchinson.

L'agénésie des incisives latérales.

Et certaines malformations cuspidiennes des molaires (Carabelli pour certains auteurs. Atrophie cuspidienne, dents en bourse).

Mais à côté de ces malformations majeures et depuis longtemps attestées, il en existe d'autres que les syphiligraphes admettent et qui doivent nous inciter à en rechercher du même ordre.

Nous voudrions, pour notre part, faire ressortir la valeur, au point de vue hérédo-syphilis, d'un signe, déjà décrit par le professeur Gaucher, et sur lequel l'attention n'a guère été attirée depuis.

Nous voulons parler de *l'écartement des incisives médianes supérieures*, signe facile à voir, « *sautant aux yeux* » qui doit permettre d'orienter immédiatement les recherches vers une hérédité spécifique possible.

L'idée de cette thèse nous a été donnée par notre maître M. le D^r Ravaut, à l'occasion d'un cas du service, dont l'observation a été présentée à la Société de Dermatologie, en mai 1932.

Il s'agissait d'une enfant manifestement hérédo-syphilitique qui présentait en même temps :

1° Un écartement des incisives médianes supérieures ;

2° Une atrophie des incisives latérales.

M. Ravaut, à ce propos, n'a pas hésité à mettre sur le compte de l'hérédité spécifique ces malformations dentaires, surajoutées à d'autres malformations de même nature, que nous rapportons dans l'observation de cette petite malade, et nous a engagée à faire quelques recherches dans ce sens, tendant à démontrer la valeur de ce signe. D'ailleurs, cette malade a fait l'objet d'une discussion à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, et les membres de

cette Société ont reconnu, chez cette petite malade, l'existence d'une syphilis héréditaire.

Nous avons pensé à cet égard que le meilleur moyen était d'abord d'établir la fréquence de ce signe par l'examen d'un assez grand nombre d'enfants pris au hasard, tel qu'on peut le rencontrer dans une certaine collectivité d'enfants supposés normaux.

Dans ce but, nous avons examiné attentivement 700 enfants de deux écoles (filles et garçons) de la Ville de Paris.

Nous avons pu ainsi établir la fréquence approximative de ce signe, que nous avons recherché.

Ceci étant, il nous restait encore à en fixer la valeur en le comparant, d'une part, à la fréquence des autres symptômes d'hérédo-syphilis se manifestant, tant sur le système dentaire, que sur l'organisme en général, et, d'autre part, en essayant, dans les cas où nous l'avons rencontré, d'établir par une enquête, souvent délicate et difficile, auprès des parents, la possibilité de son origine spécifique.

Dans ce travail, après un court historique du sujet, et après un aperçu embryologique de l'évolution des dents, nous reproduisons la valeur clinique du signe de l'écartement des incisives médianes, et après avoir rapporté l'observation que M. Ravaut a bien voulu présenter à la Société de Dermatologie en son nom et au nôtre, nous donnerons les résultats de notre enquête en insistant sur les cas qui nous ont paru les plus probants.

Nous croyons que, de cette étude, il ressortira que l'écartement des incisives médianes supérieures (I. M. S.) est une dystrophie du bourgeon incisif et que cette dystrophie est le plus souvent d'origine hérédo-syphilitique.

HISTORIQUE

Les malformations dentaires, soit du bourgeon dentaire lui-même, soit du bourgeon incisif, sont connues depuis longtemps dans l'hérédo-syphilis, et A. Fournier les a longuement et suffisamment décrites.

Toutes ces dystrophies dentaires sont la conséquence de troubles nutritifs qui surprennent la dent, ou l'os, au moment de leur premier développement, au cours de la vie intra-utérine.

Mais, parmi celles-ci, l'écartement des I. M. S. en tant que signe d'hérédo-syphilis a été discuté dès sa description.

Cependant, déjà, A. Fournier, en 1886, dans son travail sur l'hérédo-syphilis tardive, signalait l'écartement des dents et il écrivait¹ : « Les lacunes interstitielles de l'arcade dentaire, ne sont pas toujours dues à ce que les dents plus ou moins réduites de volume laissent entre elles des intervalles proportionnels à leur petite taille ; elles ont bien plus fréquemment leur origine dans un écartement vicieux des alvéoles, c'est-à-dire dans une *malformation osseuse*, laquelle, je dois l'avouer, n'a pas encore été étudiée anatomiquement. »

Ceci était écrit en 1886.

Plus tard, en 1898, Ed. Fournier, son fils, écrivait² : « C'est encore, suivant toute vraisemblance, aux dystrophies des maxillaires que restent imputables les remarques suivantes :

1. A. FOURNIER : *Hérédo-syphilis tardive*, 1886, p. 169.

2. E. FOURNIER : *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, 1898, p. 70.

irrégularités des implantations dentaires et espacement anormal des dents. »

Mais c'est surtout le professeur Gaucher qui a bien étudié ce symptôme dystrophique, et en a plus exactement fait ressortir l'importance.

Aussi, ce signe est-il depuis devenu couramment « le signe de Gaucher ».

En effet, dans¹ les *Annales des Maladies vénériennes* en novembre 1913, le professeur Gaucher écrit qu'il considère comme un signe certain d'hérédo-syphilis l'écartement des I. M. S.

Même dans les cas où cette dystrophie existe seule, même si on est privé de renseignements sur les antécédents, en l'absence de la réaction de Wassermann et même si celle-ci est négative, cet écartement doit rester comme un stigmate révélateur d'hérédo-syphilis.

Bien plus, d'après lui, l'écartement des I. M. S. peut se retrouver dans la descendance des syphilitiques pendant plusieurs générations :

« Il semble que la dystrophie une fois établie puisse se reproduire au cours de générations successives et vous comprenez combien il peut être difficile dans certains cas de démontrer l'origine syphilitique de la malformation... »

Les affirmations du professeur Gaucher furent très discutées, les uns l'appuyèrent, d'autres, et en particulier la plupart des stomatologistes, ne voulurent voir dans cette malformation dentaire, de même que dans la plupart des autres, que le stigmate d'une infection antérieure, où la syphilis n'entrerait que pour une petite part et non fatalement.

Nous ne pouvons citer les différents auteurs dissidents. Constatons le fait simplement.

Depuis Fournier et Gaucher, une étude d'ensemble a été faite par Nicolas, Massia et Dupasquier sous la rubrique² « Le syndrome hérédo-syphilitique du bourgeon incisif ».

1. GAUCHER : *Annales des Maladies vénériennes*, novembre 1913, p. 801.

2. J. NICOLAS, G. MASSIA et DUPASQUIER : Syndrome syphilitique du bourgeon incisif. *Ann. Dermat. et Syphiligraphie*, juillet 1922, p. 323.

Dans ce travail, les auteurs nous montrent la prédilection de la syphilis pour l'os incisif, et quelles en sont toutes les manifestations.

Après une longue étude anatomique, ils décrivent les lésions de la syphilis tertiaire sur ce bourgeon, puis les troubles dystrophiques d'origine hérédosyphilitique de ce même bourgeon, d'une part sur l'os incisif (bec-de-lièvre, qui pour eux est fréquemment d'origine hérédosyphilitique), d'autre part sur les incisives supérieures, et parmi celles-ci l'écartement des I. M. S. qui « en raison de sa localisation a droit de cité dans la syphilis du bourgeon incisif ».

L'ÉCARTEMENT DES I. M. S. EST UNE DYSTROPHIE DU BOURGEON INCISIF

Comment peut-on concevoir, en effet, le mécanisme de cet écartement des I. M. S. ?

Nous ne croyons pas que l'on puisse l'expliquer par une lésion ou un trouble du germe dentaire lui-même, comme cela peut se concevoir pour d'autres malformations dentaires (l'échancrure, l'aspect en tournevis de la dent d'Hutchinson, les canines pointues, les cuspides des molaires, etc.

Il nous paraît *plus vraisemblable* d'incriminer l'existence d'une *altération de l'os incisif* lui-même.

En effet, déjà pour la dent d'Hutchinson, s'il est vrai que l'on pouvait expliquer la déformation spéciale de l'incisive (échancrure et tournevis) par un trouble atteignant le seul germe dentaire, il a paru plus logique d'alléguer, pour expliquer la déviation classique de la dent, en bas et en dedans, l'existence d'une altération de l'os incisif lui-même : c'est l'explication qu'en ont donnée beaucoup d'auteurs.

Or, en ce qui concerne l'écartement des I. M. S., ne peut-on pas penser à l'existence d'une lésion semblable de l'os incisif ?

C'est ce que nous nous sommes demandé en examinant d'abord la bouche de nos malades où l'on voit chez certains un diastème (écartement) vraiment marqué (voir fig. 13, 19, 20, 21, 22, 23, 24, pp. 41, 46, 50, 52, 53, 55), puis les empreintes des maxillaires (voir fig. de 1 à 12, de 21 à 23).

Sur beaucoup d'entre eux apparaît non seulement un diastème, mais aussi sur *la gencive une fissure manifeste* s'étendant en arrière, plus ou moins loin suivant les cas, vers le voile du palais.

Chez d'autres, on voit un *bourgeon charnu* au centre du diastème, et aussi le plus souvent une *insertion particulièrement basse du frein de la lèvre à ce niveau*.

En présence de ces dernières anomalies (fissures et bourgeon) il est permis de penser à un *retard de coalescence des deux pièces qui constituent l'os incisif ou intermaxillaire*.

L'insertion basse du frein de la lèvre est considérée elle-même par les stomatologistes comme une conséquence vraisemblable d'un retard de coalescence; le frein a profité de l'espace laissé libre plus longtemps pour s'insérer très bas.

Ces rapprochements, d'une part, ces constatations, d'autre part, permettent d'admettre que cette dystrophie, par sa localisation toute particulière sur les deux incisives, est en relation avec un développement vicieux de l'os incisif, à la façon d'un bec-de-lièvre.

Depuis longtemps, parmi les anatomistes, le développement embryologique de l'os incisif a soulevé d'importantes discussions, qui ne sont pas encore éteintes à l'heure actuelle, car l'accord est loin d'être fait. Sans entrer dans le détail de ces discussions, nous rappellerons que certains sont partisans de la théorie d'Albrecht pour qui, embryologiquement, le bourgeon nasal externe intervient dans la constitution de l'os intermaxillaire ou incisif.

Ce dernier serait formé à la fois des deux bourgeons nasaux internes et des deux externes, les premiers se soudant sur la *ligne médiane, entre les futures incisives médianes*.

Plus nombreux sont les auteurs qui admettent la théorie ancienne, classique depuis Goethe, et soutenue par Costes, Kölliker, etc., qui ne fait entrer dans la constitution de l'os incisif que les deux bourgeons nasaux internes.

Cette discussion intéresse d'ailleurs plutôt le chirurgien pour établir le siège exact de la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre uni- ou bi-latéral. Et c'est à cet égard surtout qu'il existe des divergences entre les auteurs, car, au point de vue embryologique, il semble que presque tout le monde ait abandonné la théorie d'Albrecht.

Mais, pour notre sujet, où seule nous intéresse la mise en lumière d'une *dystrophie d'union médiane* (puisque entre les deux incisives médianes) et non latérale comme dans le bec-

de-lièvre ordinaire, il nous importe peu d'admettre l'une ou l'autre théorie.

Car, de toute façon, à un moment donné, au cours du développement embryologique de l'os incisif, il y aura une fissure médiane supérieure.

Sur un embryon de cinq semaines, par exemple, les divers bourgeons qui constituent l'orifice buccal se sont rapprochés, mais ils sont encore séparés par des fissures qui rayonnent à partir de l'orifice buccal devenu maintenant une fente assez étroite, circonscrite par les deux bourgeons nasaux internes (selon la théorie classique) et les quatre bourgeons maxillaires.

Il y a huit fissures, dont *une impaire, médiane, supérieure* entre les deux bourgeons nasaux internes.

Elle est peu étendue en hauteur, mais en profondeur, derrière l'intermaxillaire, elle se continue avec la fissure, séparant les lames palatines des bourgeons maxillaires supérieurs.

La coalescence normale de ces bourgeons se fait plus ou moins complètement chez un embryon plus âgé.

La suture se fait, selon la fissure, de la cinquième à la neuvième semaine, sauf pour les lames palatines qui ne se réunissent qu'à la fin du troisième mois.

Il y aurait donc, comme nous venons de le voir, possibilité anatomique, dans certains cas, d'un retard de *coalescence complète et médiane des éléments constitutifs de l'os incisif*, par suite d'un développement vicieux de celui-ci; de la même façon qu'il y a absence de coalescence latérale de l'os incisif dans le cas de bec-de-lièvre ordinaire, uni- ou bilatéral.

D'ailleurs, faisons remarquer en passant que dans le bec-de-lièvre médian, très rare il est vrai (puisque l'on n'en admet que 12 cas, et chez des enfants non viables), il y a justement cette dépression intermédiaire entre les deux bourgeons nasaux internes, donc défaut complet de coalescence médiane.

Pourquoi n'y aurait-il pas précisément dans le cas qui nous occupe une *dystrophie d'union* constituée par un *retard de coalescence médiane*?

Nous ne disons pas *absence*, mais *retard simple*, pour

expliquer cet écartement ultérieur des incisives médianes et supérieures.

Si nous nous reportons en effet aux moulages fig. de 1 à 12 bis) moulages qui nous ont été obligeamment prêtés par M. Mahé, stomatologiste des hôpitaux], on peut voir à côté de diastèmes, entre les deux incisives médianes supérieures, de semblables écartements entre les incisives médianes et latérales, voire même entre les incisives latérales et les canines (en somme les trois variétés de dents incorporées à l'os incisif).

Nous voyons également sur la face externe vestibulaire de la gencive, des *sillons* plus ou moins visibles, qu'on peut évidemment observer sur des sujets normaux, puisqu'ils ne font que rappeler la trace persistante des pièces constitutives de l'intermaxillaire ; mais si nous nous reportons à tel ou tel moulage (fig. de 1 à 11), ces sillons sont *particulièrement accentués* et, à notre avis, traduisent *l'indépendance des bourgeons tardivement soudés*.

Ces faits constituent autant d'états intermédiaires entre la disposition normale parfaite de l'arcade dentaire portée par le maxillaire supérieur et le bec-de-lièvre typique.

Et dès lors, pour *le seul écartement des I. M. S.*, n'est-il pas vraisemblable d'admettre l'existence *d'un retard d'union médiane* des éléments de l'os incisif ?

Nous avons bien pensé un moment à faire des radiographies du maxillaire supérieur, à ce niveau, et nous l'avons fait pour quelques malades en comparaison d'ailleurs avec des sujets normaux.

Mais, comme nous pouvions le penser, elles ne nous ont montré aucune solution de continuité sur la ligne médiane, et en ceci il n'y a rien d'étonnant, puisqu'il ne doit s'agir que d'un simple retard d'union.

Irons-nous jusqu'à dire *bec-de-lièvre fruste* ?

A propos de la communication que nous avons faite avec le Dr Ravaut à la Société de Dermatologie en mai 1932⁴,

1. M. RAVAUT et M^{lle} SAINT-CÈNE : Séance du 12 mai 1932. « Écartement des I. M. S. Atrophie des incisives latérales par atteinte hérédosyphilitique du bourgeon incisif. » Séance consacrée exclusivement à la syphilis en l'honneur du Centenaire de Fournier. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, p. 565.

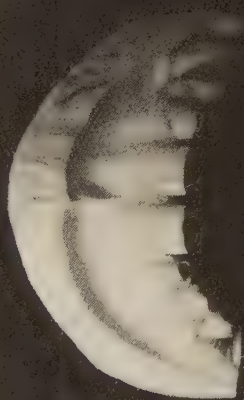


FIG. 1. et 2.

FIG. 1. — Remarquer sillons sur face externe vestibulaire de la gencive.

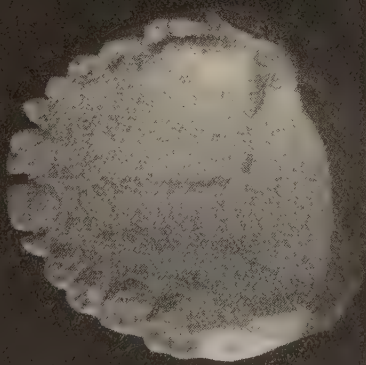


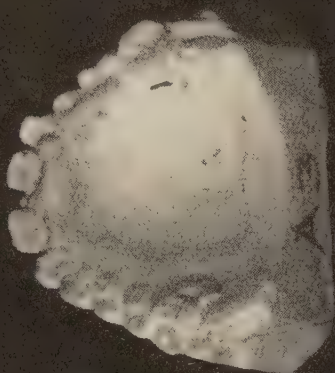
FIG. 2. — Remarquer fissure poursuivant l'écartement.



FIG. 3 et 4.

FIG. 3. — Remarquer mêmes sillons que sur la figure 1.

FIG. 4. — A noter le bourgeon charnu interincisif.



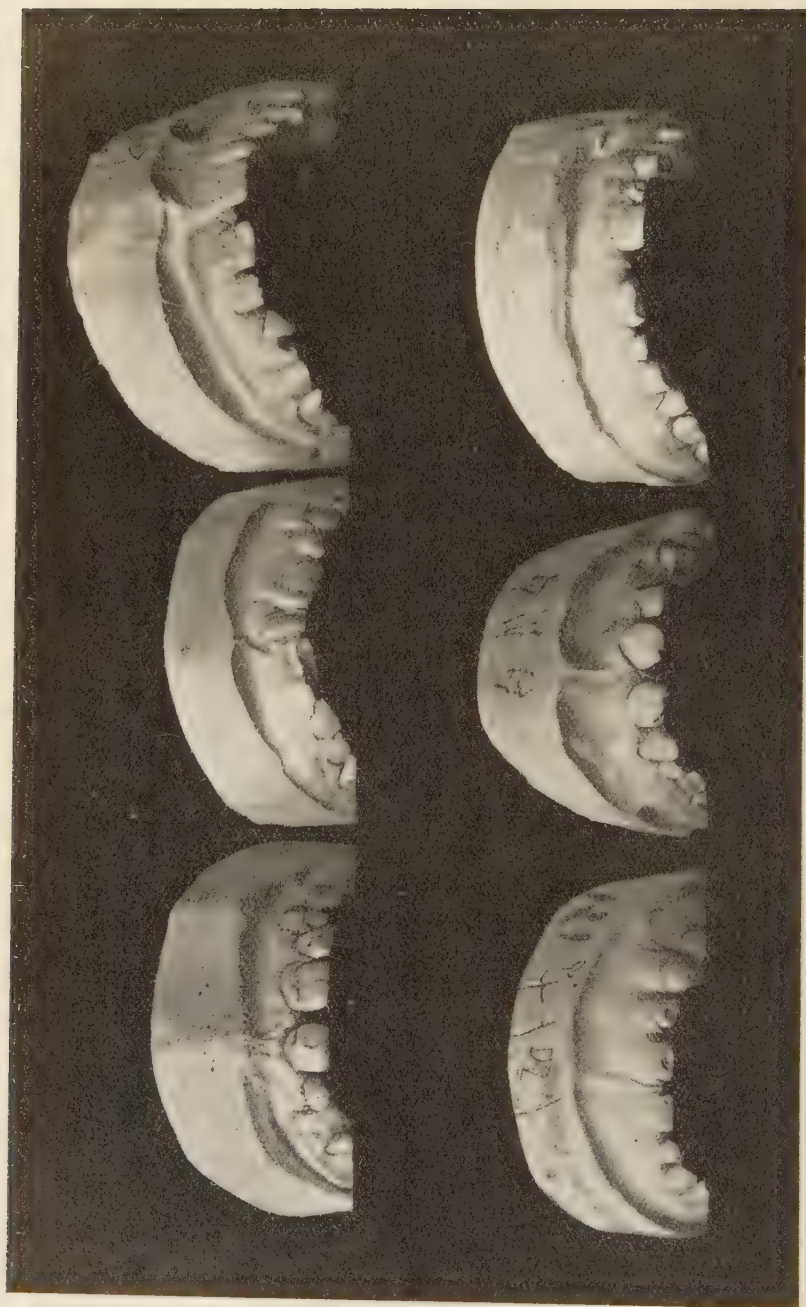


FIG. 5 et 6.

Remarquer outre l'écartement des I. M. S., la netteté des sillons latéraux de la face externe vestibulaire de la gencive,

FIG. 7 et 8.

FIG. 9 et 10.



FIG. 11.

Diastème interincisif très marqué.
Sillons latéraux marqués.

FIG. 12 et 12 bis.

En haut, face palatine qui nous montre le bourgeon charnu,
et l'amorce de fissure.

En bas, diastème très marqué.

M. Dechaume, stomatologiste peu enclin cependant à entrer dans les vues des syphiligraphes sur les malformations dentaires, comme d'ailleurs beaucoup d'autres stomatologistes¹, note cependant qu'il est possible qu'il s'agisse d'un bec-de-lièvre fruste. et ajoute que MM. Veau et Ruppe y ont déjà pensé.

Si l'on veut employer ce terme, il faut y ajouter celui de *bec-de-lièvre fruste et médian*, à condition toutefois d'étendre le terme de bec-de-lièvre à toute malformation péribuccale.

1. M. DECHAUME : A propos de la communication de M. RAVAUT et de M^{lle} SAINT-CÈZE. *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, p. 643, juin 1932.

L'ÉCARTEMENT DES I. M. S.
(DYSTROPHIE OSSEUSE)
EST UNE DYSTROPHIE SOUVENT D'ORIGINE
SYPHILITIQUE
PREUVES CLINIQUES

En 1886, A. Fournier¹, dans ses études sur l'hérédo-syphilis, concluait pour les dystrophies dentaires en général : « Les « malformations dentaires sont éminemment propres à « éveiller le soupçon d'une hérédo-syphilis et à diriger en « ce sens l'investigation du clinicien. Elles n'attestent pas « sûrement la syphilis, mais elles doivent toujours la faire « suspecter, elles ouvrent une voie diagnostique. »

Puis en 1898 E. Fournier² écrivait : « De tout le système « organique, c'est sans contradiction possible le système « dentaire qui est affecté le plus souvent par hérédo-syphilis : « 39 p. 100 parmi les stigmates d'hérédo-syphilis ».

En 1912, le prof. Gaucher³ insiste à nouveau sur la valeur des stigmates dentaires au point de vue hérédo-syphilis.

La plus couramment connue des altérations dentaires et la plus indiscutée est la dent d'Hutchinson. « En réalité, écrit « le prof. Gaucher, elle n'est pas plus caractéristique « qu'une autre et la syphilis peut créer n'importe quelle

1. A. FOURNIER : *Hérédo-syphilis tardive*, 1886, p. 144.

2. E. FOURNIER : *Stigmates dystroph. de l'hérédo-syphilis*, 1898, p. 70.

3. Prof. GAUCHER : Leçons cliniques recueillies dans *Ann. des Mal. vénér.*, 1912, p. 642.

« dystrophie dentaire et indifféremment sur la première et
« deuxième dentition. »

Enfin, en 1913, le prof. Gaucher¹ décrit le signe qui porte son nom : « J'insiste sur ce fait que l'écartement des I. M. S. « est souvent le seul stigmaté d'hérédo-syphilis; cet écartement n'est pas une malformation banale; je ne l'ai jamais « rencontré que chez des individus suspects d'hérédo-syphilis; je l'ai rencontré si souvent chez des individus « issus de parents certainement syphilitiques que je le considère comme une dystrophie d'origine hérédo-syphilitique certaine, comme un stigmaté d'hérédité syphilitique « indubitable... » et plus loin : « Bien souvent sa constatation chez un individu porteur d'une lésion douteuse, m'a « permis en l'absence d'une réaction de Bordet-Wassermann « d'en soupçonner l'origine syphilitique; les bons effets du « traitement venant ultérieurement confirmer l'exactitude « du diagnostic posé.

« En 1916, le prof. Petrini Galatz² écrivait : « M. le prof. « Gaucher a signalé, et à mon tour je l'ai remarqué, un « grand nombre de cas, chez lesquels les I. M. S. sont écartées l'une de l'autre par un espace assez grand pour attirer « l'attention. J'ai trouvé chez des enfants, en même temps « que cette disposition, d'autres stigmates d'hérédo-syphilis, « mais souvent, d'après mes observations personnelles, le « seul écartement de ces incisives a été suffisant pour me « permettre de rechercher une hérédo-syphilis et de découvrir avec succès chez le père des symptômes de syphilis³.

Dans la deuxième partie de ce travail (hérédo-syphilis de deuxième génération) il note « 15 observations dont 10, où est signalé en premier lieu l'écartement ».

M. le prof. Gaucher, comme le prof. Petrini Galatz, apportaient de nombreux éléments cliniques de fréquence, et de nombreux cas d'association à d'autres stigmates.

Si nous nous reportons à nos propres observations nous allons aboutir aux mêmes constatations.

1. Prof. GAUCHER : *Ann. des Mal. vénér.*, novembre 1913. « Sur écart. des I. M. S. », p. 801.

2. Prof. PETRINI GALATZ, 1916. Hérédo-syphilis de première et deuxième génération, in *Ann. des Mal. vénér.*, 1916, p. 38.

Nous avons tout d'abord cherché à établir la *fréquence* de ce signe, chez un certain nombre d'enfants pris au hasard.

Dans ce but, nous ne pouvions mieux faire que d'examiner systématiquement tous les enfants d'une même collectivité, et notre examen a porté sur 700 enfants appartenant à deux écoles de la Ville de Paris (garçons et filles).

Nous avons trouvé ainsi, sur ces 700 enfants, 50 cas d'écartement des I. M. S.

Il nous restait alors à faire l'épreuve inverse et à rechercher sur ces 50 enfants, dans combien de ces cas on pouvait admettre, par des arguments cliniques convaincants, l'existence de l'hérédo-syphilis. Nous avons ainsi relevé 35 cas (où la clinique venait appuyer nettement l'origine spécifique de la malformation observée).

Pour compléter cet examen, nous avons, autant que cela nous fut possible, procédé à une enquête familiale sur les antécédents héréditaires des enfants en question.

Nous n'avons pu faire ces recherches familiales que dans 40 cas sur 50.

* *

Dans l'ensemble de nos observations (observations personnelles ou observations faites sur les enfants des écoles) nous avons remarqué deux catégories de faits :

A. *Dans une première catégorie* de nos observations nous constatons des cas d'écartement des I. M. S. avec des signes d'hérédo-syphilis en activité, ou des stigmates certains indiscutés.

Ainsi l'observation 1 nous montre :

Une enfant de six ans et demi chez laquelle on note :

Un écartement très marqué des I. M. S. (voir photo 13, page 41).

Une atrophie des incisives latérales.

Un microdontisme des incisives inférieures.

Une voûte ogivale.

Des bosses frontales et temporales.

Une axyphoïdie.

Tous signes évidemment mineurs au point de vue hérédosyphilis, mais dont le faisceau forme un ensemble déjà troublant à lui seul; en outre l'examen sanguin dénote une légère positivité et la mère signale cinq fausses couches spontanées, et une polymortalité très marquée des collatéraux.

L'observation qui suit (*observ. 2*) est encore un bel exemple d'hérédosyphilis :

Cet enfant de six ans et demi, qui a parlé très tard, et qui a fait une méningite à onze mois. présente depuis plusieurs mois (un an et plus) une ostéite fistulisée du dos du pied gauche. Nous l'avons vu en juin 1932 pour la première fois avec cette lésion, lésion complètement guérie en septembre 1932, après un simple traitement au sirop de Ludin.

Un examen sérologique avait montré un Hecht et un Desmoulières légèrement +.

Enfin chose capitale la mère avait un *Wasserman* +++.

Il en est de même dans l'*observation 3*.

Où cette enfant de neuf ans, née un mois avant terme, et qui a eu une *kératite* des deux yeux à deux ans, présente :

Avec un écartement des I. M. S.

Deux dents d'*Hutchinson* typiques et complètes (voir photo 18, page 44).

(Échancrure bord libre, forme en tournevis, déviation en bas et en dedans.)

Et une *sérologie entièrement positive* (Wass., Hecht. et Desmoulières +++).

Cette enfant est d'ailleurs en traitement depuis plusieurs mois, car le père et la mère sont tous deux syphilitiques en traitement également.

Enfin la sœur de la petite malade âgée de sept ans (*observ. 3 bis*) présente elle aussi un *écartement des I. M. S.* : elle est hérédosyphilitique avec une *sérologie positive* (Wass. +++).

L'*observation 4* est celle d'une enfant de huit ans et demi avec bosses frontales et affligée depuis mai 1932 d'un *vitiligo* très étendu, presque généralisé (Voir photo 19 bis page 47).

La sérologie montre un Hecht partiellement +.

Et un Desmoulières totalement +++.

La mère a un *Desmoulières positif*.

Enfin dix injections d'oléo-bi ont amélioré le vitiligo d'une manière sensible.

Dans les *observations* 5 et 6 on trouve : nez en selle, front olympien, bosses frontales, voûte ogivale, et chez toutes les deux, le père en traitement pour une syphilis certaine, négligée au début et soignée tardivement.

De l'*observation* 7 à 34 on trouve, associés à l'écartement des I. M. S., soit des dents d'Hutchinson typiques, soit des agénésies complètes d'incisives latérales, soit une kératite interstitielle, sans compter bien d'autres petits signes mineurs associés (microdontisme-carabelli-axyphoïdie) et des antécédents de mortalité ou de maladies des collatéraux, voire même des sérologies demi-positives.

B. *Dans une deuxième catégorie de faits, nous sommes en présence de cas d'écartement des I. M. S. dont l'origine dystrophique est retrouvée chez les parents.*

Il s'agit là d'une dystrophie héréditaire, transmise en tant que dystrophie.

Dans toutes ces observations de 40 à 62 on ne retrouve chez le sujet que peu ou pas de signes d'hérédité spécifique, mais par contre le père ou la mère ou les grands-parents, ou les collatéraux sont *porteurs de la même dystrophie* (écart. des I. M. S.)

En outre dans plusieurs observations, on retrouve chez les parents ou leur ascendance des signes d'hérédo-syphilis vraisemblable (1 ou 2 positivité partielle dans la sérologie-mortalité collatérale).

DISCUSSION DES ARGUMENTS

A. — PREMIÈRE CATÉGORIE DE FAITS.

Cas où il y a des signes nets d'hérédosyphilis.

Les faits cliniques sont déjà à eux seuls suffisamment probants, comme nous venons de le voir.

Peut-il y avoir des proportions plus importantes ?

Dans 40 cas sur 62 nous avons trouvé une hérédosyphilis certaine et dans les autres cas (de 40 à 62) une dystrophie héréditaire transmise, et nous rappelons que pour asseoir notre diagnostic d'hérédité syphilitique, nous ne nous sommes basée que sur des signes non discutés.

Sérologie ++ du sujet ou celle + des parents — ou leur traitement pour syphilis avouée — des stigmates non discutés.

N'est-ce pas ainsi que les faits ont évolué pour l'agénésie des incisives latérales, où là encore la seule fréquence clinique du signe l'avait fait admettre comme signe d'hérédosyphilis ?

En effet, A. Fournier considérait déjà l'absence de certaines dents comme une dystrophie véritablement majeure, en ce sens qu'elle implique la non-formation ou l'arrêt complet du développement des follicules dentaires. C'est là une dystrophie remarquable par sa fréquence, dystrophie généralement bilatérale et symétrique, mais qui peut être unilatérale, et qui marque une prédilection toute particulière pour l'incisive latérale supérieure.

Pour cette malformation déjà, A. Fournier se demandait si

elle n'était pas en relation avec un développement vicieux de l'os incisif (à la façon du bec-de-lièvre).

E. Fournier¹ en 1898 décrivait également ce signe comme un signe d'hérédo-syphilis.

Cadenat, de Toulouse², mentionne que Mendelbaum, en décembre 1917, signale cette malformation dentaire comme un signe d'hérédo-syphilis (Société royale de Munich).

Il avait trouvé le Wassermann ++ souvent chez les parents, fréquemment chez les enfants eux-mêmes, et toujours chez ceux dont la réaction était réactivée par une maladie infectieuse.

Cadenat, concluait à la grande valeur de ce signe pour le diagnostic d'hérédo-syphilis, signe à pathogénie vraisemblablement endocrinienne (parathyroïde dont l'action est grande sur l'ostéogénèse).

Sabouraud³ note également la valeur de ce signe en insistant sur ce fait : que ce sont surtout *les incisives latérales supérieures* qui manquent.

MM. Nicolas, Massia et Dupasquier⁴ enregistrent également cette notion.

Enfin, M. Milian⁵, en particulier, en réponse à la présentation de notre première malade à la Société de Dermatologie, en mai 1932 écrivait :

« L'absence ou l'atrophie de l'incisive latérale supérieure
« a été depuis longtemps donnée par Fournier comme un
« stigmate important d'hérédo-syphilis. Pour ma part, je
« le considère comme un signe ayant une valeur presque
« absolue ».

Comme on le voit, c'est la fréquence de ce signe et sa coïncidence avec de nombreux autres signes d'hérédité syphilitique, soit en activité, soit avec d'autres stigmates certains, qui le font considérer par la plupart des syphiligraphes comme de très grande valeur.

1. E. FOURNIER : *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, 1898, p. 70.

2. CADENAT : Agénésie d'une ou deux incisives latérales supérieures comme signe d'hérédo-syphilis. *Ann. Dermat. et Syphiligr.*, octobre 1921, p. 405.

3. SABOURAUD ; Entretiens. *Dermatol.*, 1922, p. 300.

4. NICOLAS MASSIA et DUPASQUIER : Syndrome syphilitique du bourgeon incisif. In *Ann. Derm. et Syphiligr.*, juillet 1922, p. 332.

5. MILIAN : *Bull. Soc. Derm. et Syphiligr.*, mai, 1932, p. 566.

Mais il est bien entendu qu'avant de conclure à une *agénésie*, il faut vérifier à la radio, si le germe de la dent absente n'est pas inclus dans le maxillaire.

Ce sont les mêmes arguments et les mêmes preuves que nous apportons au sujet de l'écartement des *I. M. S.*

Comme pour les autres stigmates dentaires, pourquoi n'y aurait-il pas dans l'écartement des *I. M. S.* une *dystrophie hérédo-syphilitique du bourgeon incisif*?

..

Reprenons l'histoire de *la dent d'Hutchinson* qui est elle-même une dystrophie du bourgeon incisif et des follicules dentaires implantés dedans? Que s'est-il passé?

Lorsque Hutchinson a décrit cette malformation comme un signe certain d'hérédo-syphilis, en particulier l'échancrure en croissant, du bord tranchant des deux incisives médianes, il s'est trouvé de nombreux médecins (et stomatologistes) pour se refuser à voir là un rapport de cause à effet.

Cependant, c'était par ses seules remarques et *investigations cliniques* qu'Hutchinson était arrivé à cette conclusion formelle.

A cette époque, que de discussions soulevées, que de contradicteurs!

Ultérieurement de nombreuses études sont venues confirmer le rapport de cette malformation avec l'hérédo-syphilis et rallier de nombreux auteurs discordants.

Mais il fallut toute l'autorité d'A. Fournier pour faire admettre, en définitive, un fait aujourd'hui reconnu de tous, à savoir : que parmi les dystrophies, il y a un type de dystrophie hérédo-syphilitique, et que si aucune de ces malformations n'est absolument pathognomonique, il n'en est pas moins vrai que certaines sont réalisées par la syphilis, d'une façon plus particulière et plus exclusive.

Tels : le crâne natiforme et la dent d'Hutchinson.

1. PASINI : *Dimostrazioni della spirocheta pallida nei germi dentali di un eredosifilitico. VI° Congresso Stomatologico Italiano tenutosi in Firenze nei giorni 3-5 ottobre 1908.*

Pasini¹ donnera une confirmation éclatante de ces faits lorsqu'il met en évidence *le spirochète pâle dans le germe dentaire d'un hérédo-syphilitique*, en opérant sur un fœtus né par accouchement prématuré. Il fit ses recherches sur les germes dentaires des futures incisives et canines, et il concluait :

« Dans les papilles dentaires d'un hérédo, on peut trouver le spirochète pâle.

« Si le spirochète est vraiment le germe de la syphilis, comme tout le monde le pense aujourd'hui, sa présence dans les papilles dentaires démontre que tous les stigmates dentaires des hérédo-syphilitiques ne sont pas dus toujours à une altération du trophisme, secondaire à l'infection générale, mais à l'action immédiate *in loco* du même agent pathogène, en activité virulente. »

Dès lors personne ne pouvait plus douter de la valeur certaine de *la dent d'Hutchinson*, en tant que signe d'hérédité spécifique.

Depuis, quelques auteurs ont retrouvé des tréponèmes dans les culs-de-sac dentaires, et récemment encore Bauer¹, examinant les mâchoires de trois nouveau-nés hérédo-syphilitiques, a trouvé de nombreux tréponèmes dans les sacs dentaires, surtout à la base de l'ébauche des dents.

Pour l'*écartement des I. M. S.* les mêmes discussions ont eu lieu au début, les mêmes contradictions se sont faites jour.

Puis les faits cliniques se sont ajoutés aux faits cliniques, *et dès lors pourquoi serait-il illogique de penser qu'un jour, on trouvera le spirochète dans l'os incisif lui-même, prouvant ainsi son intervention directe dans les malformations de cet os à l'instar de ce qui s'est passé pour la dent d'Hutchinson, dans son germe dentaire.*

. . .

Nous retrouvons le même processus dans l'étude étiologique de la *kératite interstitielle des enfants*.

Ne voit-on pas se dérouler les mêmes étapes ?

1. Cité dans la *Médecine*, octobre 1932, p. 741 : Art. du professeur Gougerot : In *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1931-1932.

C'est, en effet, au même auteur Hutchinson, que revient l'honneur d'avoir montré la nature syphilitique héréditaire de la kératite interstitielle des enfants.

Comme pour la dystrophie dentaire, *il s'était basé sur les seuls faits cliniques* et sur l'association à d'autres stigmates d'hérédo-syphilis.

Une grande discussion s'éleva à ce moment à la Société de Chirurgie où le Prof. Panas fit une communication retentissante « *Sur la kératite cachectique appelée kératite hérédosyphilitique.* »

On y lit¹ « que des lésions réputées hérédosyphilitiques survenant chez des adolescents et des adultes, telles que perforations du voile, ulcérations du voile et de la langue n'ont rien à faire avec la syphilis... »

« La syphilis acquise, ne s'attaquant jamais à la cornée, il serait insolite que la syphilis héréditaire tardive puisse le faire ».

Ainsi donc, le Prof. Panas s'élevait formellement contre l'opinion d'Hutchinson.

Mais il le faisait par des arguments uniquement dogmatiques, sans avancer aucun argument de fait.

Il fallut vite reconnaître qu'il avait commis là une grande erreur.

Déjà, dans leur travail sur les troubles oculaires de la lèpre, MM. Jeanselme et Morax avaient admis que la kératite parenchymateuse syphilitique devait résulter de la présence, dans le parenchyme cornéen, du parasite de la syphilis.

C'est, en effet, ce qui fut démontré plus tard, en 1910, par Igersheimer² qui constata la présence des tréponèmes dans la cornée, au niveau de l'infiltration.

Ce qui permit à M. Morax d'écrire dans son livre d'*Anatomie pathologique oculaire* : « Depuis que l'étude expérimentale de la syphilis a permis de réaliser chez l'animal (lapin, chat, singe) des lésions de la cornée, caractérisées par une opalescence plus ou moins complète, par la présence

1. MORAX : *Encyclopédie française d'Ophtalmol.* Sur les lésions cornéennes de la syphilis, 1906.

2. IGERSHIMER : *Deutsch med. Wochenschrift*, n° 20, 1910. Die der syphilis, bei Erkrunkungen actiologische Bedeutung der syphilis.

du *Treponema pallida* de Schaudinn, l'interprétation des lésions constatées dans la kératite interstitielle syphilitique est devenue plus facile. »

Ainsi donc, là encore, comme pour la dystrophie dentaire d'Hutchinson, la découverte du microbe et l'étude expérimentale sont venues donner raison à l'analyse clinique qui, à elle seule, avait montré déjà la *véritable étiologie*.

. . .

Une autre raison doit venir plaider en faveur de l'origine hérédo-syphilitique réelle de l'écartement des I. M. S.

C'est le siège anatomique de la lésion.

Comme nous l'avons vu au chapitre IV, c'est à une dystrophie du bourgeon incisif que nous devons rapporter cette lésion.

Or, déjà en 1896, à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie, M. Chompret¹ attirait l'attention sur le fait suivant : « L'influence dystrophique toute spéciale de l'hérédosyphilis sur la partie du maxillaire supérieur qui provient tant du bourgeon nasal interne qu'externe. »

Or, ce bourgeon, futur os incisif, n'est-il pas déjà un siège de prédilection d'autres dystrophies hérédo-syphilitiques (dent d'Hutchinson; agénésie d'une ou des incisives latérales, bec-de-lièvre), comme s'il y avait là *un véritable point d'appel au tréponème* ?

N'est-il pas encore, souvent, le siège de lésions actives, évolutives, appartenant au type tertiaire, véritables ostéites gommeuses nécrosantes ?

Comme l'écrivent très justement MM. Nicolas, Massia et Dupasquier : « L'os incisif, au même titre que le crâne, le tibia, le sternum et la clavicule par exemple, est un lieu d'élection de la syphilis, un point faible du système osseux en face de l'infection tréponémique »... et plus loin... « cette indépendance pathologique du bourgeon incisif est un des traits qui, selon nous, contribue à donner à la syphilis de cette région, une physionomie si originale ».

1. CHOMPRET : *Bulletin Soc. française de Derm. et Syphiligraphie*, 1896 (séance 10 décembre 1896, p. 1447).

A la même époque, M. Sabouraud¹ écrivait : que les malformations dentaires d'origine hérédo-syphilitique, portent surtout sur les incisives médianes supérieures, sur les incisives latérales et sur les canines et : « si on relève toutes les anomalies que l'on rencontre, on observera que les dents du maxillaire supérieur sont plus souvent anormales que les dents inférieures. Tout cela ne peut exister par hasard. »

Il nous semble donc vraisemblable, en présence des faits observés, d'admettre que l'écartement des I. M. S., *traduction clinique d'une dystrophie du bourgeon incisif*, fait partie du même syndrome et que l'on puisse réunir tous ces faits sous le nom de : *Syndrome syphilitique du bourgeon incisif*.

RÉPONSE A CERTAINES OBJECTIONS.

Connaissant la façon de penser de certains auteurs, nous savons bien les objections qu'ils pourraient soulever !

Nous avons prononcé le mot de « *bec-de-lièvre fruste* ». Certains vont nous objecter que, dans nos cas d'écartement des incisives médianes supérieures, il peut s'agir d'une *simple coïncidence* chez des hérédos, comme ils l'admettent pour le bec-de-lièvre constitué.

Nous ne voudrions pas nous étendre sur les discussions que la relation pathogénique de l'hérédo-syphilis et du bec-de-lièvre a soulevées.

Lannelongue et A. Fournier², puis Kirmisson³ furent les initiateurs de cette étiologie possible ; depuis, de nombreux auteurs, nous ne pouvons tous les citer, en ont rapporté de nombreux cas.

On va nous objecter également que d'autres maladies infectieuses chroniques à poussées aiguës (tuberculose, alcoolisme, rachitisme), que d'autres infections aiguës (variole, fièvre typhoïde) peuvent provoquer *in utero* les mêmes lésions, les mêmes troubles trophiques, argument que leurs auteurs appliquent à toutes les malformations dentaires.

1. SABOURAUD : Entretiens. *Dermat.*, 1922, p. 306.

2. A. FOURNIER : *Hérédité syphilitique*, 1891, p. 22.

3. KIRMISSON : *Maladies chirurgicales d'origine congénitale*.

C'est en effet là une grande discussion pendante entre les syphiligraphes d'une part, et de nombreux stomatologistes de l'autre, ces derniers se refusant à faire à l'hérédo-syphilis *la part, la plus grosse part*, qui lui revient. Pratiquement, de toutes ces maladies, il est avéré que *la syphilis est celle qui, le plus souvent, frappe le fœtus sans en déterminer la mort.*

Les stomatologistes ne veulent pas faire le diagnostic d'hérédité spécifique sur les stigmates seuls.

Mais si l'on se refuse à admettre les dystrophies et les stigmates comme suffisants, il faut renoncer à faire jamais le diagnostic clinique d'hérédo-syphilis.

Nous savons bien, et tout le monde l'admet, que le sang est le plus souvent négatif chez les hérédos (la séro-réaction ⁺ $++$ s'atténuant d'elle-même et souvent très vite avec l'âge), l'enfant peut avoir l'apparence d'une santé parfaite.

Dès lors, on ne peut, et on ne doit pas se baser sur l'absence de sérologie positive, pour rejeter le diagnostic de syphilis héréditaire.

Des stigmates existent seuls très souvent, et ceux-ci doivent suffire à faire suspecter fortement l'hérédo-syphilis.

Il n'en a pas été autrement, comme nous l'avons vu plus haut pour la dent d'Hutchinson, et pour la kératite interstitielle.

Longtemps avant la découverte de tréponèmes dans ces lésions ou foyers dystrophiques, c'est en se basant uniquement sur des stigmates accompagnateurs, dentaires ou autres, qu'on a admis leur origine hérédo-syphilitique, et les événements sont venus confirmer le bien-fondé de cette manière de faire.

La syphilis est la plus fréquente des causes de dystrophies, et en particulier des dystrophies squelettiques.

Enfin, comme le montre très bien M. Sabouraud ¹ les dystrophies dentaires, sont des stigmates importants pour le diagnostic d'hérédo-syphilis, du fait de leur *fréquence*, et de leur *permanence* : « Ce symptôme n'est point passager comme tant d'autres, il est permanent et durera autant que

1. SABOURAUD : *Entret. Dermat.*, 1^{er} vol. 1922, p. 301.

l'individu, ou tout au moins que ses dents. Très peu de signes de l'hérédité ont ce degré de permanence. Passé l'enfance, un hérédo peut avoir perdu tout signe de la syphilis paternelle, même sa réaction de Wassermann positive, mais ses dents restent, et c'est à la fois la *fréquence* et la *permanence* de ces altérations dentaires qui en font la valeur, aussi bien pour le diagnostic rétrospectif qu'elles permettent, que pour les conclusions thérapeutiques qu'on en peut tirer à l'occasion. »

B. — DEUXIÈME CATÉGORIE DE FAITS.

Il s'agit d'une dystrophie héréditaire.

Dans notre deuxième catégorie d'observations de (40 à 62) il s'agit, comme nous l'avons vu, d'*écartements des I. M. S.* en tant que dystrophie héréditaire.

La malformation une fois constituée tend à se reproduire héréditairement; il en est ainsi pour de nombreuses malformations dentaires.

E. Fournier¹ écrivait : « Etant donné un sujet porteur d'une « dystrophie, d'une malformation, il ne faut pas rechercher « seulement l'origine de tels phénomènes dans la première « lignée des ascendants, mais remonter plus haut, la recher- « cher sur des ascendants plus éloignés. »

De même au sujet du bec-de-lièvre, le même auteur écrivait : « L'hérédité est admise comme cause du bec-de-lièvre, « mais l'hérédité n'est-elle aussi qu'un intermédiaire entre « un effet et une cause première, qu'il reste à déterminer; en « l'espèce quelle est cette cause? la syphilis ne pourrait-elle « être cette cause? Il faudra donc la rechercher non seule- « ment chez les ascendants directs, mais ceux plus éloi- « gnés. »

Et en effet, pour nos cas d'écartement des I. M. S. il en est ainsi.

Déjà dans de nombreuses observations de la première catégorie (obs. 1, 18, 19, 20, 21, 28, 29, 30, 32, 33, 34 et 36),

1. E. FOURNIER : *Stigmates distrophiques de l'hérédosyphilis*, 1898, p. 70.

nous trouvons des cas *mixtes*, ceux où l'on trouve la même dystrophie chez le père, ou chez la mère, ou chez les grands parents ou les collatéraux, en même temps que des stigmates certains d'hérédité syphilitique chez l'enfant, dernier porteur.

Ne trouve-t-on pas là, dans ces cas du moins, comme la signature de l'infection causale initiale ? dont il peut être d'ailleurs difficile de retrouver la trace dans les générations antérieures, et cela se comprend.

C'est ce que, en 1913, dans les *Annales des Maladies vénériennes*, le prof. Gaucher affirmait¹ : « L'écartement des I. M. S. peut se retrouver dans la descendance des syphilitiques pendant plusieurs générations. Il semble que la dystrophie une fois établie, puisse se reproduire au cours de générations successives, et vous comprenez combien il peut être difficile dans certains cas de démontrer l'origine syphilitique de la malformation » et plus loin :

« L'écartement des I. M. S. comme toute dystrophie, peut être héréditaire, à l'état de *dystrophie*, dans plusieurs générations successives sans nouvelle infection syphilitique, et parfois il faut remonter très haut pour retrouver le point de départ de la syphilis. »

Ainsi donc, rien ne s'oppose à ce que dans un certain nombre de cas d'écartements des I. M. S., on puisse dire qu'il s'agit en somme d'une hérédosyphilis de deuxième ou troisième génération.

Comme l'a dit M. Milian², lors de notre présentation (obs. princeps n° 1) :

« On argue de la transmission de ce caractère (absence de l'incisive latérale) de mère en fils, qu'il ne peut s'agir de troubles syphilitiques. Or c'est à mon avis un argument de plus en faveur de la nature syphilitique de cette dystrophie. »

Tel est d'ailleurs l'avis de la grosse majorité des syphiligraphes pour les malformations dentaires.

1. P. GAUCHER : *Annales des Maladies vénériennes*, novembre 1913, p. 803.

2. MILIAN : *Soc. Derm. et syphiligraphie*, séance mai 1932, p. 644.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Voici l'observation princeps, celle qui a intéressé en premier notre maître le D^r Ravaut et lui a fait nous soumettre l'idée de cette thèse¹.

L'enfant R. B..., âgée de six ans et demi présentait en effet à l'examen de la bouche trois malformations curieuses :

1° *Des I. M. S.* très écartées (voir photo n° 13).

2° *Des incisives* latérales très atrophiées.

3° En outre sous la gencive entre les *deux incisives M. S.* une fissure manifeste s'étendant en arrière vers le voile du palais, sur 1 centimètre de longueur (voir fig. 16 et 16 bis) un bourgeon charnu, au centre même de la fissure, et une *insertion particulièrement basse* du frein de la lèvre.

Nous avons fait un examen systématique de la bouche et à part un microdontisme évident nous n'avons constaté aucune autre dystrophie dentaire.

Un *voile du palais* à voûte *légèrement* creuse.

Des bosses temporales et frontales. Une axiphoïdie.

L'examen viscéral et celui du système nerveux n'ont montré rien d'anormal.

Nous signalerons une micropolyadénopathie, sans siège particulier d'ailleurs, et l'existence d'une hernie épigastrique.

1. Cette observation est celle qui fut présentée à la réunion de la Société, à l'occasion du Centenaire de Fournier, et a été soumise à la critique de nombreux médecins étrangers, prof. Jadassohn (Breslau), prof. Truffi, etc.



FIG. 13. — Malade de l'observation princeps R. B...

Remarquer : Ecartement marqué des I.M.S. Atrophie des incisives latérales.
Microdontisme des incisives inférieures. Insertion basse du frein de la lèvre.

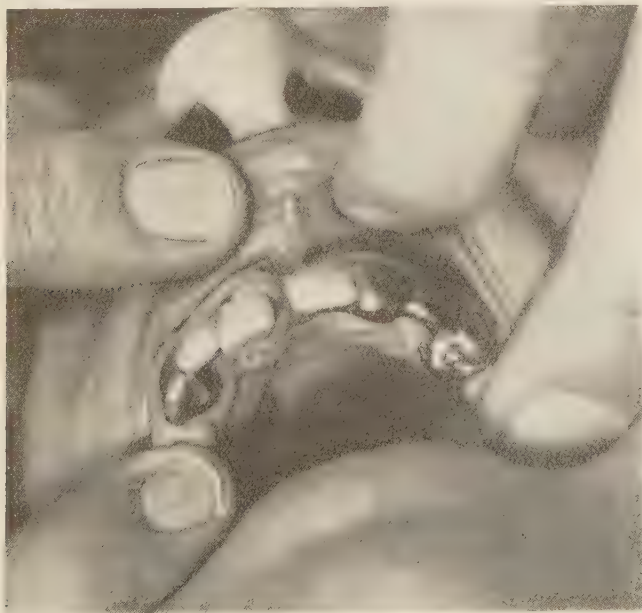


FIG. 14. — Mère de l'enfant R. B... (de la figure 13).

Remarquer : Le même écartement des I.M.S. La même insertion basse du frein.



FIG. 15 et 15 bis.

Moulages du maxillaire supérieur de la mère de l'enfant R. B... (observation princeps, voir fig. 13 et 14).

FIG. 16 et 16 bis.

Moulages du maxillaire supérieur de l'enfant R. B... (obs. 1, fig. 13). Remarquer la fissure palatine sur la photo du bas.

Cette petite malade dont l'état général laisse à désirer (fatigue constante, anorexie, sueurs faciles, pâleur) est née à terme, elle pesait 10 livres à la naissance, et n'a présenté aucun retard de développement, quant aux dents, à la marche et à la parole.

Par contre elle a eu des convulsions au moment de la dentition. Quelques maladies infantiles difficiles à préciser (la mère ne parlant que difficilement le français), mais il semble n'y avoir eu ni kératite, ni surdité.

Nous avons fait chez cette petite malade un examen sérologique qui a montré :

Un Wassermann négatif.

Un Hecht : 7.

Un Desmoulières : 6.

Un Vernes : 0.

Antécédents héréditaires : Les antécédents du père sont négatifs en ce qui concerne la syphilis, cliniquement et sérologiquement.

Par contre la mère, dont la sérologie est négative, présente la même déformation dentaire (voir photo n° 14). Elle a eu 7 grossesses dont :

Un enfant né à terme, mort de broncho-pneumonie à six ans et demi.

Cinq fausses couches consécutives, non provoquées, de quatre à six semaines chaque.

Et enfin l'enfant qui fait l'objet de l'observation. Cette femme est d'une famille de 20 enfants, dont 12 sont morts en bas âge de causes indéterminées.

Nous avons revu l'enfant R. B... en octobre 1932 — après une série de *sulfarsenol* — et un séjour à la campagne. L'enfant est transformée et a augmenté de 3 kilogrammes.

Obs. 2. — L'enfant Pierre T..., âgé de six ans et demi présente (voir photo n° 17) :

Un écartement des I. M. S. et un bourgeon charnu sur la gencive. Un carabelli bilatéral.

Nous notons que cet enfant a parlé très tard et a eu une méningite à onze mois. En outre il présentait en juin 1932, ce pourquoi il venait consulter :

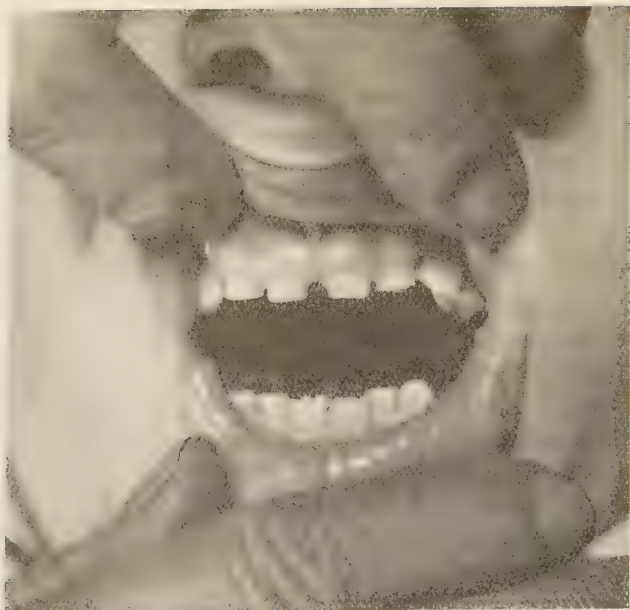


FIG. 17. — Enfant P. T... (obs. 2).

Noter : Le diastème. Le bourgeon charnu sur la gencive.



FIG. 18. — G. P... (obs. 3).

Noter : Ecartement des I.M.S.
Les deux dents d'Hutchinson
typiques.

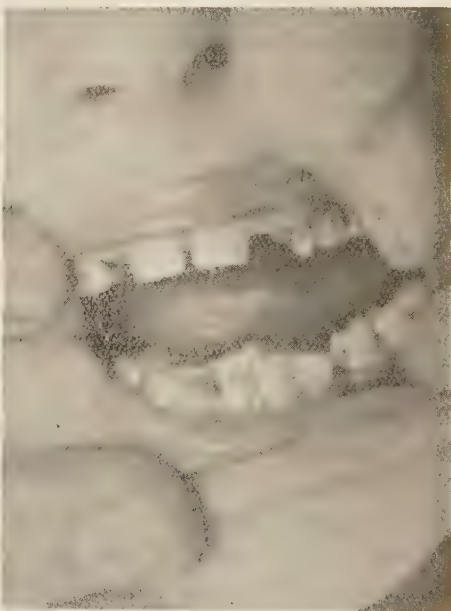


FIG. 18 bis. — S. P... (obs. 3 bis).

Noter : Léger diastème.
Mauvaises implantations dentaires.

Une ostéite fistulisée du pied gauche, durant depuis plusieurs mois, ostéite qui a *rapidement et complètement guéri* en deux mois par un traitement au sirop de Ludin.

Le Wassermann était négatif. Hecht et Desmoulières légèrement +.

La mère avait un Wassermann positif.

OBS. 3. — P... (Gisèle), neuf ans [écoles] (voir photos n^{os} 18 et 18 bis).

Écartement marqué des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire.

Dents d'Hutchinson typiques. Voûte ogivale. Axiphoïdie Kératite de l'œil droit à deux ans ; un mois après *kératite* de l'œil gauche.

Née *un mois avant terme*, a été difficile à élever.

Sérologie positive (+++). La petite malade est d'ailleurs en traitement depuis plusieurs mois.

Le père et la mère sont des *syphilitiques en traitement* (syphilis acquise du père) et ne présentent ni l'un ni l'autre de signes dentaires. La mère a eu trois grossesses : l'enfant de l'observation, une fausse couche de cinq mois, une autre fille âgée de sept ans qui sera notre observation 3 bis.

OBS. 3 bis. — P... (Sergine), sept ans, présente :

Un *écartement* des I. M. S., de mauvaises implantations dentaires, une *voûte ogivale*, une *axiphoïdie*.

En outre, au niveau de l'os iliaque droit on sent une *hyperostose osseuse*, sous une masse fluctuante, *hyperostose* de nature encore actuellement indéterminée.

La sérologie est positive (+++).

OBS. 4. — L'enfant T... (Suzanne), âgée de huit ans et demi, présente :

Un *écartement marqué* des I. M. S. (voir photo n^o 19), une insertion particulièrement basse du frein de la lèvre. *Des bosses temporales*.

Elle vient consulter pour un *vitéligo* qui s'étend sur presque tout le corps depuis la racine des cheveux jusqu'à la partie moyenne des cuisses (voir photo n^o 19 bis).

Ce vitiligo a débuté en mai 1932.

La *sérologie* montre : un Wassermann négatif, un Hecht *partiellement positif*, un *Desmoulières* *totale*ment ++.

Dix injections d'oléo *bi* ont déterminé une *amélioration notable* du vitiligo.

La mère qui ne présente pas de malformation dentaire a



FIG. 19. — Enfant S. T... (obs. 4).

Remarque : Le diastème des I.M.S. L'insertion basse du frein de la lèvre.

un Wassermann et un Hecht négatifs, mais un *Desmoulières* ++.

Le père a une sérologie entièrement négative.

La petite malade que nous suivons encore actuellement et traitons (deux séries d'oléo *bi*, une série de sanluol) a amélioré son vitiligo, mais surtout s'est transformée au point de vue général.

OBS. 5. — C... (Pierrette), quatre ans et demi.

Écartement I. M. S. Bosses pariétales. Voûte ogivale. Axi-phoïdie. Nez aplati.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas d'écartement, ni



FIG. 19 bis. — Enfant S. T... (obs. 4). Vitiligo généralisé.

aucun stigmate. Bordet-Wassermann négatif. Le père est *un ancien syphilitique*.

En traitement au dispensaire depuis 1925, pour une sciatique déterminée par une réaction méningée.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montrait : albumine : 0 gr. 45, quelques lymphocytes.

Accident primitif en 1922, non traité jusqu'en 1925.

OBS. 6. — L... (Monique), sept ans.

Écartement I. M. S. Bosses pariétales, front olympien, nez en selle. Retard de la dentition. Axiphoïdie.

Pâle et asthénique.

Père : en traitement au dispensaire.

Ancien syphilitique (accident primitif en 1910, non traité).

En 1918, Bordet-Wassermann : ++.

En 1922, Bordet-Wassermann : ++.

Mère : Bordet-Wassermann négatif.

Trois autres enfants :

Un né en 1921 qui présente : larges érosions dentaires. Il est en traitement.

Un en 1923 : front olympien, voûte ogivale, carabelli. Mis en traitement à l'occasion d'un prurigo.

Un enfant mort à onze mois, méningite.

OBS. 7. — G... (Marcelle), vingt-trois ans.

Écartement des I. M. S.

Hutchinson typique des deux incisives médianes.

Microdontisme généralisé. Voûte ogivale.

Consulte pour : sclérose du tympan, bourdonnements.

Bordet-Wassermann *positif*.

A eu une kératite interstitielle des deux yeux à l'âge de dix ans.

Deux grossesses : un enfant bien portant, une *fausse* couche.

OBS. 8. — B... (Henriette), vingt et un ans.

Écartement I. M. S.

Hutchinson typique des deux I. M. S.

Microdontisme généralisé.

Consulte pour surdité labyrinthique. Pupilles inégales. Argyll Robertson. Asymétrie de la face.

Bordet-Wassermann négatif.

Antécédents héréditaires : ne sait rien de ses parents.

OBS. 9. — G... (Paul), dix-sept ans.

Ecartement des I. M. S. Agénésie d'une incisive latérale supérieure droite. Carabelli.

Kératite il y a sept ans.

Wassermann ++.

Traité régulièrement au dispensaire depuis 1925 (sulfarsénol, Quinby acétylarsan) a gardé un Wassermann + jusqu'en 1928.

Mère vue et traitée à l'occasion de la kératite de l'enfant.

Aucun trouble clinique.

Wassermann ++.

Deux autres grossesses : un enfant mort-né à sept mois ; un autre enfant actuellement âgé de quinze ans d'un second mariage, ne présente aucun signe clinique, mais un Hecht légèrement +. La syphilis remonterait au premier mari, père des enfants, tué à la guerre.

OBS. 10. — R... Charles, dix-huit ans.

Ecartement des I. M. S.

Hutchinson d'une incisive supérieure latérale droite.

Erosions multiples. Atrophie des incisives latérales. Voûte ogivale.

Actuellement : Kératite interstitielle œil droit. Wassermann ++.

Mère morte à quarante-huit ans.

A perdu trois enfants en bas âge.

OBS. 11. — H... (Andrée), six ans (photo n° 20 bis) [écoles].

Gros écartement des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire, et insertion basse du frein de la lèvre.

Agénésie des incisives latérales.

Retard marqué de la dentition.

Axiphoëdie.

La sérologie est négative.

Antécédents héréditaires : La mère présente le même écartement (voir photo n° 20) avec bourgeon et agénésie des incisives latérales. La sérologie est négative.

A eu deux autres grossesses.

Le premier enfant : âgé de huit ans, n'a pas d'écartement, mais un *Hutchinson typique*. Axiphoïdie.

Difficile à élever (pesait 3 livres à trois semaines), retard marqué de la dentition et de la marche. Retard intellectuel.

Le troisième enfant est mort à trente-deux mois de méningite et présentait un écartement des I. M. S.

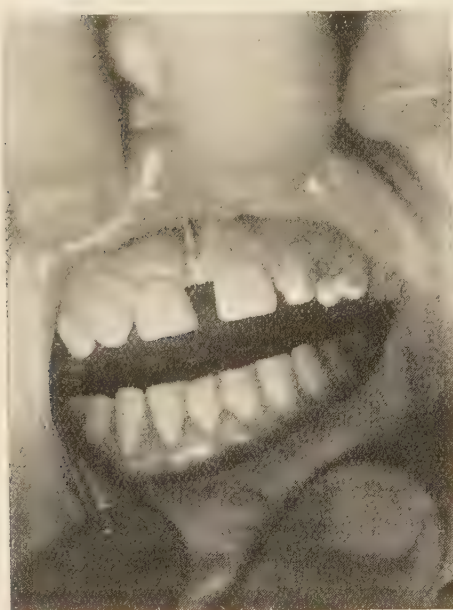


FIG. 20. — Mère de l'enfant A. H... (fig. 20 bis).
Gros écartement des I. M. S. Même bourgeon sur la gencive. Même agénésie des incisives latérales.



FIG. 20 bis. — Enfant A. H...
(obs. 11).

Noter : Gros écartement des I. M. S. Le bourgeon intermédiaire. L'insertion basse du frein. L'agénésie des incisives latérales.

Le père ne présente aucune malformation dentaire.

Sa sérologie est négative.

OBS. 12. — P... (Janine), sept ans (écoles).

Écartement des I. M. S.-Hutchinson. Agénésie des incisives latérales.

Retard de la parole et de la marche.

La mère présente le même écartement.

Six grossesses :

Une fausse couche de trois mois.

Un enfant *mort* de méningite à trois mois.

Un enfant *mort-né* à huit mois.

Un enfant actuellement âgé de dix ans, très nerveux, souvent malade.

Un enfant de trois ans, a eu des convulsions.

L'examen du sang n'a pu être fait.

OBS. 13. — S... (Serge), huit ans (écoles).

Écartement I. M. S.-Hutchinson.

Érosions dentaires multiples.

Voûte ogivale.

Axiphoïdie. Léger strabisme.

Au point de vue antécédents héréditaires, rien à signaler.

OBS. 14. — F... (Claude), huit ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. Hutchinson. Axiphoïdie.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

OBS. 15. — L... (Gilberte), huit ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. avec insertion basse du frein de la lèvre, et un bourgeon intermédiaire sur la gencive. Hutchinson incomplet (échancrure). Epitrochléens. Axiphoïdie.

Retard de la dentition (première dent à dix-sept mois).

OBS. 16. — L... (Gilberte), vingt-sept ans (photo n° 21).

Écartement des I. M. S. très marqué (1/2 centimètre). Agénésie des incisives latérales.

La malade présente des traces manifestes d'une *kératite ancienne de l'œil droit*. Axiphoïdie.

Le Wassermann est négatif. *Le Hecht et Desmoulières légèrement +. Parents morts très jeunes?*

OBS. 17. — V... (Marc), vingt et un ans (photo n° 22).



FIG. 21. — G. L... (obs. 16).

Noter : L'écartement de $1\frac{1}{2}$ centimètre des I. M. S. L'agenésie des incisives latérales.

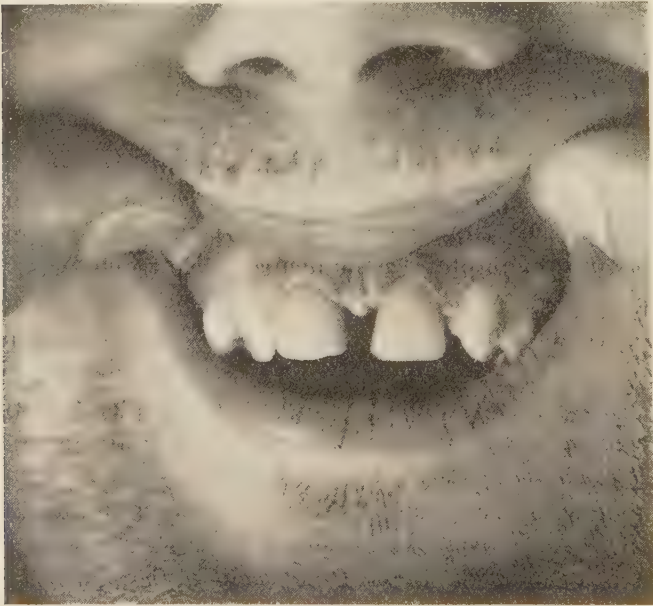


FIG. 22. — M. V... (obs. 17).

Noter : L'écartement de $1\frac{1}{2}$ centimètre des I. M. S. L'agenésie des incisives latérales.

Écartement des I. M. S. très marqué (1/2 centimètre).

Agénésie des incisives latérales.

Wassermann et Hecht négatifs. Desmoulières +.

Vu pour ulcérations de jambe (phlébite il y a deux ans) rapidement cicatrisées par traitement au Cyhg — alors que rebelles depuis longtemps à maintes médications.

La mère a présenté des troubles mentaux il y a dix ans, ayant nécessité l'internement.

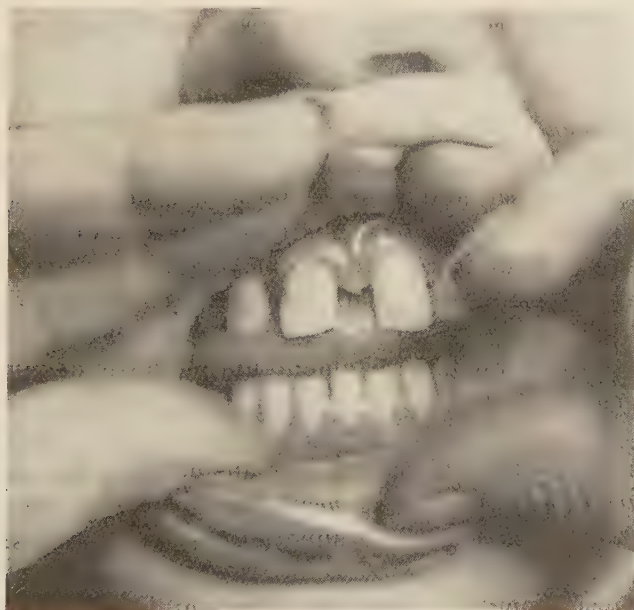


FIG. 23. — (obs. 18).

Remarquer : L'écartement de 1/2 centimètre des I.M.S.
L'agénésie des incisives latérales.

OBS. 18. — F... (H.), vingt-deux ans (photo n° 23).

Écartement des I. M. S. très marqué (1/2 centimètre).

Agénésie des incisives latérales.

A fait trois fausses couches :

Une de deux mois et demi.

Une de quatre mois.

Une de cinq mois et demi.

La sérologie est négative.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler, si ce n'est un frère né avant terme à sept mois.

La grand'mère maternelle avait un écartement.

OBS. 19. — L... (Simone), onze ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. : Agénésie des incisives latérales.

Microdontisme généralisé.

Le père présente exactement les mêmes stigmates dentaires : un écartement, même agénésie et microdontisme.

Il a eu dix frères et sœurs dont trois morts en bas âge.

OBS. 20. — N... (L.), huit ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. très marqué, bourgeon charnu. Agénésie des incisives latérales. Voûte ogivale. Les sillons latéraux sont très saillants. Retard de la marche.

Antécédents héréditaires : Mère pas d'écartement; a perdu trois sœurs et un frère morts en bas âge.

Une autre grossesse, mais enfant très chétif, mort à trois mois.

Le père présente un écartement, une agénésie des incisives latérales.

OBS. 21. — S... (Marcelle), sept ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. : Agénésie des incisives latérales. Sillons latéraux sur gencive supérieure, très marqués. Voûte ogivale.

Malformation de la face : aplatissement de l'os frontal.

Antécédents héréditaires : La mère avait un écartement.

OBS. 22. — B... (André), neuf ans (écoles).

Écartement I. M. S. Agénésie des incisives latérales. Érosions sur les incisives médianes et latérales. Bosses frontales. Facies adénoïdien.

Antécédents héréditaires : Mère n'a pas d'écartement.

Quatre grossesses dont deux fausses couches :

Une de deux mois et demi ;

Une de trois mois ;

Un fils aîné de vingt-deux ans qui n'a pas d'écartement.

Le père n'a pas d'écartement, mais a fait une hémorragie

méningée il y a neuf ans à l'âge de quarante-deux ans. La prise de sang et la ponction lombaire étaient négatives à ce moment, nous dit la femme; cependant, il fut traité par une série de piqûres intraveineuses.

OBS. 23. — R... (Simone), onze ans (écoles).

Écartement I. M. S. Agénésie des incisives latérales.

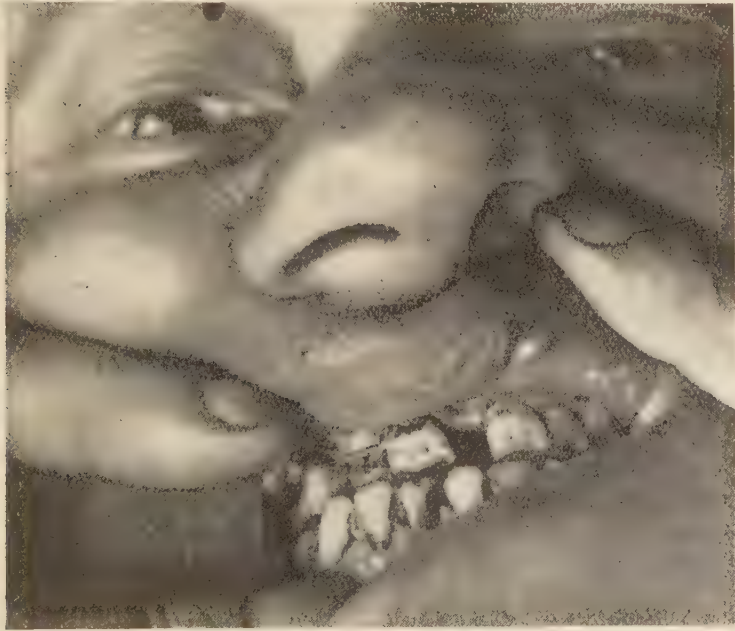


FIG. 24. — F. R... (obs. 25).

Écartement marqué des I.M.S. Echancrure du bord libre de l'incisive latérale supérieure gauche. Atrophie des incisives latérales. Erosions multiples sur toutes les incisives supérieures.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler chez les parents.

OBS. 24. — P... (Paul), huit ans (écoles).

Écartement I. M. S. Agénésie des incisives latérales.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler chez les parents.

OBS. 25. — K... (François), trente-six ans.

Écartement I. M. S. très marqué. *Atrophie des incisives latérales.* Echancrure du bord libre de l'incisive latérale supérieure. *Microdontisme* des dents inférieures (photo 24). Caries de toutes les dents. *Erosions* multiples sur toutes les incisives supérieures. Présente en outre une déformation du thorax (aplatissement du côté gauche) de naissance.

Entre à l'hôpital pour énorme ulcération de toute la partie inférieure de la face antérieure de la jambe gauche, jambe très épaissie, présentant un véritable éléphantiasis. Ulcération datant de huit ans — post-traumatique, dit le malade.

Bordet-Wassermann négatif.

Radio : Lésion périostique du tibia.

Antécédents héréditaires : Parents morts de vieillesse, onze enfants, dont huit morts. Le malade actuellement encore en salle, après un traitement : sanluol [(2 comprimés 0,10 tous les deux jours) et 20 ampoules *d'oleo-bi*], montre une ulcération ayant diminué de moitié.

OBS. 26. — M... (Yvonne), huit ans et demi (photo n° 25).

Écartement des I. M. S. Tubercules de Carabelli. *Voûte ogivale.* Bosses temporales. Polymicroadénopathie cervicale.

Wassermann et Hecht *négatifs*. Desmoulières ++.

Une sœur venue à huit mois et morte huit jours après la naissance.

Antécédents héréditaires : Le père et la mère n'ont pas d'écartement.

Père syphilitique depuis trois ans (chancre).

OBS. 27. — M... (Jean) [douze ans].

Écartement des I. M. S. *Atrophie des incisives latérales.* Echancrure bord libre incisive latérale supérieure gauche.

Voûte ogivale. Axiphoïdie.

Une petite sœur âgée de sept ans aurait un écartement encore plus marqué.

Il ne nous a pas été possible d'interroger les parents.

OBS. 28. — C... (Huguette), sept ans.

Écartement des I. M. S.; aucun autre signe dentaire. Depuis six mois, tuberculose, tibiotalarsienne gauche. Petit

lupus, fesse gauche, que nous avons cicatrisé en quinze jours par application de pommade de Darier.

Sérologie : Wassermann négatif, Hecht presque négatif (6). Desmoulières à demi + (4).

Antécédents héréditaires : La mère a le même écartement ; a eu un autre enfant mort à sept mois et demi.

La sérologie de la mère montre : Bordet-Wassermann

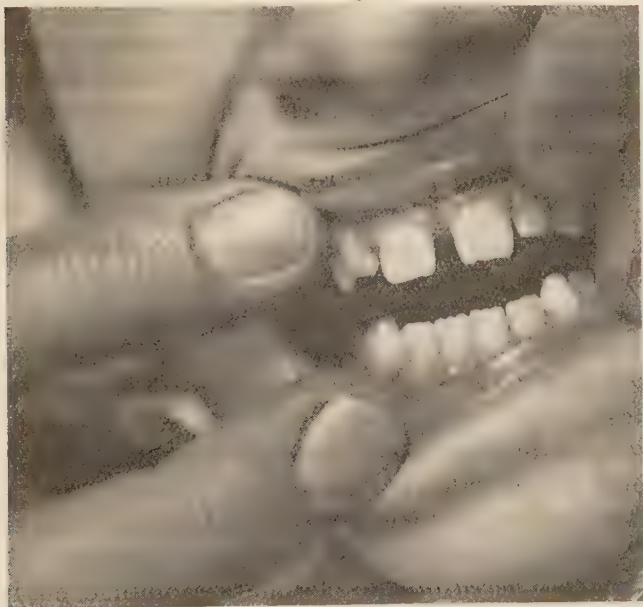


FIG. 25. — L'enfant Y. M... (obs. 26).
Ecartement marqué des I. M. S.

négatif, Hecht demi-négatif (6), Desmoulières demi-positif (4).

Deux de ses frères tués à la guerre avaient un écartement, une sœur vivante présente le même écartement.

Le père n'a pas d'écartement : Bordet-Wassermann négatif.

OBS. 29. — O... (Louise), sept ans (écoles).

Écartement des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire sur la gencive. Bosses pariétales.

Antécédents héréditaires : Mère a le même écartement ; a eu seize frères et sœurs, dont quatre sont morts de méningite entre dix-huit et vingt mois.

Un frère et une sœur ont un écartement.

OBS. 30. — M... (Renée), onze ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire sur la gencive et insertion basse du frein de la lèvre. Carabelli. *Bosses pariétales.*

Antécédents héréditaires : La mère a le même écartement, et en outre une *agénésie des incisives latérales* ; elle a quatre frères qui ont tous ce même écartement. Sa mère présentait la même dystrophie.

Une autre fille qui sera notre observation 30 *bis* :

OBS. 30 *bis*. — M... (Janine), sept ans (écoles), présente le même écartement.

OBS. 31. — C... (Eliane), huit ans.

Écartement I. M. S. Atrophie très marquée des incisives latérales.

Voûte ogivale. Bosses pariétales. Axiphoïdie.

Pâleur. Adénopathie cervicale.

Gros retard intellectuel ; traitée depuis deux ans au dispensaire.

Antécédents héréditaires : La mère examinée en 1927, à l'occasion de la mort, à onze mois, par méningite, d'un de ses enfants. Cliniquement, aucun symptôme.

Un Bordet-Wassermann *positif* fortement (+++).

Un autre enfant, c'est notre observation 31 *bis*.

OBS. 31 *bis*. — C... (Pierre), six ans.

Écartement I. M. S. Microdontisme généralisé.

Caries multiples. Érosions en sillons sur incisives médianes et latérales.

Voûte ogivale. Axiphoïdie. Adénopathie cervicale. Surdité. Traité depuis deux ans au dispensaire.

OBS. 32. — M... (Pierre), huit ans (écoles).

Écartement I. M. S. très marqué avec bourgeon intermédiaire, insertion basse du frein de la lèvre.

Microdontisme généralisé. Voûte ogivale. Bosses pariétales. Polymicroadénopathie, entre autres *ganglions épitrochléens*.

Antécédents héréditaires : La mère a le même écartement aussi marqué. Une sœur et trois des frères de la mère ont le même écartement.

La grand'mère maternelle avait le même écartement.

OBS. 33. — F... (Jacqueline), quatorze ans (écoles).

Écartement I. M. S. avec bourgeon intermédiaire. Voûte ogivale.

Antécédents héréditaires : La mère a le même écartement.

Elle a sept frères et sœurs dont quatre vivants ont le même écartement.

* Trois autres sont morts en bas âge.

Une sœur de la mère a une fille de onze ans et demi qui a le même écartement.

OBS. 34. — P... (André), dix ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. Atrophie des incisives latérales. Microdontisme de toutes les dents inférieures.

Axiphoïdie. Retard de la marche (a marché à trois ans).

Convulsions dentaires.

Antécédents héréditaires : La mère a un léger écartement.

Deux autres enfants dont un sera notre observation 34 bis.

OBS. 34 bis. — P... (Janine), âgée de cinq ans, présente le même écartement.

OBS. 35. — G... (Jacqueline), huit ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. Atrophie des incisives latérales. Bosses frontales et pariétales.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas d'écartement, a eu un autre enfant mort à deux mois de méningite.

OBS. 36. — C... (Roger), neuf ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. Atrophie des incisives latérales. Myopie. Première dent à onze mois.

Antécédents héréditaires : Mère a un léger écartement, a eu cinq grossesses dont trois fausses couches : six mois et demi, un mois et demi, un mois.

Un autre enfant actuellement dans un préventorium.

OBS. 37. — A... (Émile), huit ans (écoles).

Écartement des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire sur la gencive, et insertion basse du frein de la lèvre. Sillons latéraux très marqués sur la gencive. *Bosses pariétales*. *Axi-phoïdie*.

Antécédents héréditaires : La mère présente la même malformation.

Un autre enfant : c'est notre observation 37 bis.

OBS. 37 bis. — A... (Jean), six ans, qui présente :

Un écartement des I. M. S., mais moins marqué.

OBS. 38. — C... (Janine), sept ans (écoles).

Écartement des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire sur la gencive et insertion basse du frein de la lèvre. *Convulsions dentaires* à un an et demi.

Le frère C... (P.), onze ans, sera l'observation 38 bis.

OBS. 38 bis. — Présente un écartement encore plus marqué avec bourgeon intermédiaire et insertion basse du frein. En outre, *atrophie des incisives latérales*.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas d'écartement mais une de ses sœurs en présente un.

OBS. 39. — C... (Alice), dix ans (écoles).

Écartement des I. M. S. assez marqué. *Atrophie des incisives latérales*.

Antécédents héréditaires : La mère présente même écartement.

OBS. 40. — L... M. (Thérèse), neuf ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. avec bourgeon intermédiaire sur la gencive.

Atrophie des incisives latérales.

L'enquête n'a donné aucun résultat, enfant adoptée, on ne sait rien des parents.

OBS. 41. — D... (Denise), sept ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. très marqué, avec insertion basse du frein de la lèvre, et bourgeon intermédiaire sur la gencive.

Voûte ogivale. Axiphoïdie.

Antécédents héréditaires : La mère a le même écartement, a fait deux fausses couches, une à trois mois, une à un mois.

A dix frères et sœurs dont un mort à dix ans, muet, paralysé « mongolien ».

OBS. 42. — V... (Robert), huit ans (écoles).

Écartement avec bourgeon intermédiaire sur la gencive et insertion basse du frein de la lèvre.

Bosses craniennes multiples avec crête frontale. Adénopathie cervicale.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas d'écartement.

Le père n'a pas d'écartement, mais plusieurs de ses frères l'ont; en outre, la grand'mère paternelle avait, elle, les dents écartées et a eu douze enfants, dont cinq morts en bas âge.

OBS. 43. — G... (Jean), huit ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. Aucun autre signe dentaire. Bosses pariétales. Axiphoïdie.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas d'écartement. Grossesse difficile avec œdèmes et fièvre.

Elle a trente ans et a une tension artérielle à 19, comme maxima.

Ses parents sont morts, tous deux, diabétiques à cinquante ans.

Le père a une albuminurie chronique.

Iritis il y a quatre ans, traité et guéri par Cy Hg.

OBS. 44. — P... (Huguette), sept ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. Atrophie des incisives latérales. Insertion basse du frein de la lèvre. Nez très aplati en lorgnette.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas les dents écartées;

deux autres grossesses : une fausse couche de six semaines, un enfant mort de méningite.

Le père a le même écartement que la fille, son Bordet Wassermann est négatif.

OBS 45. — R... (Roger), huit ans (écoles).

Écartement I. M. S., avec bourgeon intermédiaire sur la gencive, des dents en palette, des incisives sans émail. Myopie très marquée. Bosses pariétales. Axiphoïdie.

Antécédents héréditaires : Rien à signaler chez les parents, mais un frère de la mère avait le même écartement.

OBS. 46. — B... (Simone), huit ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S. avec insertion basse du frein de la lèvre. Née avant terme (à huit mois). Axiphoïdie.

Antécédents héréditaires : La mère avait un écartement.

Deux autres grossesses dont : un enfant mort d'entérite à un mois et demi, une fausse couche d'un mois et demi.

OBS. 47. — M... (Albert), onze ans (écoles).

Écartement I. M. S. Carabelli.

Antécédents héréditaires : La mère avait le même écartement.

La grand'mère maternelle également.

OBS. 48. — D... (Hélène), sept ans (écoles).

Écartement I. M. S. avec insertion basse du frein de la lèvre. Myopie très marquée. *Bosses pariétales*.

Antécédents héréditaires : *Le père* présente le même écartement.

Une autre fille qui sera l'observation (48 bis).

OBS. 48 bis. — D... G., neuf ans, qui a un écartement léger.

OBS. 49. — A... (Jacques), onze ans (écoles).

Écartement I. M. S. très marqué.

Né avant terme à huit mois. *Retard marqué dans le développement général*. Il est maigre et anorexique.

Antécédents héréditaires : La mère a un écartement mais moins marqué. Elle est seule survivante de six enfants, dont quatre sont morts en bas âge.

OBS. 50. — R. (Violette), treize ans (écoles).

Écartement I. M. S. assez marqué.

Une incisive latérale surnuméraire.

Antécédents héréditaires : Ni le père, ni la mère n'ont d'écartement, mais la grand'mère *paternelle* avait exactement le même écartement.

OBS. 51. — V... (Paulette), huit ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S., aucun autre signe dentaire. Bosses pariétales.

Antécédents héréditaires : Le père présente le même écartement.

OBS. 52. — P... (André), neuf ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S. avec insertion basse du frein de la lèvre et un bourgeon intermédiaire.

En outre, érosions sur incisives médianes supérieures. *Bosses temporales*.

Antécédents héréditaires : La mère n'a pas d'écartement, mais son frère et sa sœur ont ce même écartement.

OBS. 53. — F... H., huit ans et demi (écoles).

Écartement I. M. S.

Né trois semaines avant terme. Très maigre, retard de la marche très marqué. Axiphoidie.

Antécédents héréditaires : La mère a le même écartement et deux de ses frères ont la même dystrophie.

OBS. 53 bis. — Un autre enfant de onze ans a le même écartement.

OBS. 54. — L... (Gisèle), huit ans.

Écartement I. M. S. Voûte ogivale.

Née avant terme à sept mois.

Mère a le même écartement.

A eu de l'albumine en grande quantité pendant grossesse.
Quatre frères et sœurs : Deux morts à la naissance, deux morts en bas âge.

OBS. 55. — D... (Eugène), quarante-trois ans.

Écartement I. M. S. très marqué (1/2 centimètre).

Microdontisme généralisé de toutes les dents inférieures.

La femme du malade est bien portante.

Deux grossesses : une fausse couche de quatre mois. Une enfant actuellement âgée de treize ans qui présente un écartement des I. M. S., mais moins marqué que celui du père. *Le père du malade avait le même écartement ainsi que deux de ses sœurs.*

OBS. 56. — M... (Claire), cinq ans et demi (écoles).

Écartement des I. M. S.

Aucun autre signe dentaire.

Antécédents héréditaires : Mère, pas d'écartement, mais microdontisme généralisé. Deux sœurs de la mère ont un écartement. La *grand'mère* maternelle avait le même écartement.

OBS. 57. — D... (Lucette), huit ans (écoles).

Écartement des I. M. S. Axiphoïdie.

Antécédents héréditaires : La mère a un léger écartement.

OBS. 58. — S... (Guy), huit ans (écoles).

Écartement I. M. S. avec insertion basse du frein de la lèvre. Axiphoïdie.

Ni le père ni la mère n'ont d'écartement.

OBS. 59. — C... (Étienne), onze ans (écoles).

Écartement I. M. S. avec bourgeon intermédiaire.

L'enfant est maigre, ichtyosique.

Rien chez les parents.

OBS. 60. — B... (Germaine), neuf ans (écoles).

Écartement I. M. S. : érosions multiples sur toutes les incisives supérieures.

Aucun écartement dans la famille.

OBS. 61. — C... (Josette), sept ans (écoles).

Écartement I. M. S. avec insertion basse du frein de la lèvre.

Rien à signaler chez les parents.

OBS. 62. — Ch... (Denise), huit ans.

Écartement des I. M. S. Carabelli. *Voûte ogivale.* A marché à dix-huit mois.

Bosses frontales. *Nez en selle.*

Venue consulter, pour un prurigo, maintenant guérie par un traitement Sanluol et Calomel.

Mère, nez en selle.

Dents normales.

A une autre fille âgée de treize ans et qui n'a pas d'écartement.

Père, présente le même écartement.

La *grand'mère paternelle* avait le même écartement des I. M. S.

CONCLUSIONS

1° Parmi les stigmates d'hérédo-syphilis, les stigmates dentaires ont une importance capitale, du fait de leur *fréquence* et de leur *permanence*.

2° Parmi ceux-ci, il en existe de très anciens, de valeur absolue (dent d'Hutchinson, agénésie des incisives latérales), mais à côté de ceux-ci, l'*Écartement des Incisives médianes supérieures* doit prendre place, et une place plus importante que celle qui lui fut attribuée jusqu'à présent.

3° En effet, l'écartement des I. M. S. est une *dystrophie du bourgeon incisif* au même titre que la dent d'Hutchinson, l'agénésie des incisives latérales, que... le bec-de-lièvre.

4° C'est une dystrophie, *le plus souvent d'origine syphilitique*, qui fait donc partie du syndrome syphilitique du bourgeon incisif, comme le prouvent nos nombreuses observations cliniques concluantes.

Sur 700 enfants des écoles, nous avons relevé 50 cas d'écartements des I. M. S. (soit 7,14 p. 100).

Et dans la totalité des observations (62) on trouve (40) cas d'écartement des I. M. S., chez des sujets où la signature de l'hérédo-syphilis n'est pas douteuse (stigmates certains, sérologie positive ou syphilis avouée des parents).

5° Dans un grand nombre de cas (38) enfin, nous avons observé, la *dystrophie transmise héréditairement*, en tant que *dystrophie*, et nous avons pu en démontrer pour certains l'origine hérédo-syphilitique de première ou deuxième génération.

Vu : Le Président de Thèse,

GOUGEROT.

Vu : Le Doyen de la Faculté,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY : Dent d'Hutchinson unilatérale gauche in. *Ann. Derm. et Syphiligr.*, 1914-1915, p. 100.
- BAKER et STORY : Hérédo-syphilis. Malformations dentaires et kératite interstitielle diffuse. *Ophtal. Revue*, 1885.
- BARTHÉLEMY : Hérédo-syphilis des glandes endocrines, Th. Paris, 1919.
- BAUER : Etude sur mâchoires de trois nouveau-nés.
- CADENAT : Sur agénésie d'une ou deux incisives latérales supérieures comme stigmate d'hérédo-syphilis. *Ann. Derm. et Syphiligr.*, octobre 1921, p. 405.
- EHLERS : Hérédo-syphilis à la 4^e Division de l'hôpital. Années 1863 à 1915. *Ugeskr. f. læger*, Kopenh., 1916.
- FOURNIER (A.) : Héritéité syphilitique.
- FOURNIER (A.) : Syphilis héréditaire tardive, 1886.
- FOURNIER (E.) : Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, 1898.
- FOURNIER (E.) : Hérédo-syphilis de deuxième génération, 1907.
- FOURNIER (E.) : Recherche et diagnostic de la syphilis héréditaire tardive.
- GAUCHER : Malformations dentaires de l'hérédo-syphilis. Leçon clinique, 1912.
- GAUCHER : Sur l'écartement des I. M. S. *Ann. mal. vénér.*, novembre 1913.
- HOCHSINGER : Studien über Heredo-syphilis, 1904.
- HUTINEL : *Arch. méd. enfants*, 1918.
- HUTINEL et D^e Alice LINOSSIER-ARDOIN : Hérédo-syphilis clinique et thérapeutique.
- HUTINEL et STÉVENIN : *Arch. méd. enfants*, février 1920.
- IGERSHEIMER : *Deutsch. Med. Woch.*, 1910, n^o 20.
- IGERSHEIMER : Die actiologische Bedeutung der Syphilis und Tuberkulose bei Erkrankungen. des Auges. *Arch. für. Opht.*, t. XXVI, vol. 4, fasc. 4, 1910, p. 255.
- KIRMISSON : Maladies chirurgicales d'origine congénitale.
- LESNE et BOUTELLIER : Sur la syphilis héréditaire larvée.
- MILIAN : *Bull. Soc. Derm. et Syphiligr.* Séances mai-juin 1932.
- MORAX : Lésions cornéennes dans la syphilis. *Encycl. franç. d'Ophtal.*, 1906.
- MOZER et CHENET : Les stigmates dentaires de l'hérédo-syphilis. *La Presse Médicale*, 20 septembre 1917.
- NICOLAS-MASSIA et DUPASQUIER : Syndrome syphilitique du bourgeon incisif. *Ann. Derm. et Syphiligr.*, juillet 1922.

- PASINI : Dimostrazione della spirocheta pallida nei germi dentali di un eredosifilitico. *La Stomatologia*, Milano, novembre 1908.
- PETRINI GALATZ : Hérédo-syphilis de première et deuxième génération. *Ann. mal. vénér.*, 1916.
- RAVAUT et M^{lle} SAINT-CÈNE : Ecartement des I. M. S. Agénésie des incisives latérales par atteinte hérédo-syphilitique du bourgeon incisif, in *Bull. de la Soc. franç. de Dermat. et de Syphiligr.* Séance du 12 mai 1932, p. 565. Séance consacrée exclusivement à la syphilis en l'honneur du centenaire du professeur Alfred Fournier.
- ROY : Etude critique sur stigmates dentaires dans l'hérédo-syphilis. *Odontologie*, n° 1, 1918.
- SABOURAUD : La syphilis héréditaire qu'on ignore. *La Presse Médicale*, 17 mai 1917.
- SABOURAUD : Entretiens dermatologiques, Masson, édit., 1922.
- SABOURAUD : Terrain syphilitique.
- SABRAZÈS (J.) et DUPERIÉ : Nouvelle contribution à l'étude anatomo-pathologique et microbiologique de l'hérédo-syphilis des nourrissons. *Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 18 mai 1913.
- SABRAZÈS (J.) et DUPERIÉ : Spirochètes et lésions syphilitiques d'un fœtus de six mois. Réunion biologique Bordeaux, 10 novembre 1908. *C. R. Soc. Biol. Paris*, p. 432.
- SICHEL : Ueber das Fehlen der lateralem oberen Schneidezähne bei kongenitalem Syphilis. *Dermat. Woch.*, t. LXXII, n° 6, 12 février 1921.
- VEAU : Le rôle du tubercule médian dans la constitution de la face. *Ann. d'Anat. pathol. et d'anat. normale médico-chirurgicale*, avril 1926.
- WERNDLY : Kératite diffuse et dent d'Hutchinson-Leyde, 1891.

